

# Bakom stängda dörrar

Sjuksköterskors erfarenheter av att upptäcka  
samt vårda kvinnor utsatta för våld i nära  
relationer

FÖRFATTARE	Sara Johansson Anna Nerman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 högskolepoäng/ Examensarbete  VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Olof Persson
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Bakom stängda dörrar. Sjuksköterskors erfarenheter av att upptäcka samt vårda patienter utsatta för våld i nära relationer
Titel (engelsk):	Behind closed doors. Nurses experiences of identifying and caring for patients exposed to intimate partner violence
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp
Kursbeteckning:	OM 5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Sara Johansson Anna Nerman
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Lisen Dellenborg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund** Våld i nära relationer definieras enligt WHO som *”beteende hos en partner eller ex-partner, som orsakar fysisk, sexuell eller psykologisk skada, vilket inkluderar fysisk aggression, sexuella övergrepp, psykologisk misshandel och kontrollerande beteende”*. Det är under de senaste 20 åren som våld mot kvinnor har uppmärksamats, tidigare betraktades det mer som en privat angelägenhet. Idag erkänns våldet som ett stort folkhälsoproblem och en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Ca 30 % av alla världens kvinnor rapporterar att de upplevt någon form av misshandel av en partner och i Sverige är den siffran 46 % hos kvinnor mellan 15-64 år. Flertalet av dessa kvinnor söker upprepade gånger vård utan att den bakomliggande orsaken utreds. Studier har visat att kvinnor i genomsnitt utsätts för övergrepp 35 gånger innan det att de söker hjälp.

**Syfte** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att upptäcka samt vårda kvinnor utsatta för våld i nära relationer

**Metod** En litteraturoversikt där vi granskat tio vetenskapliga artiklar. Fyra av dessa var kvantitativa, fyra var kvalitativa och i två stycken hade författarna använt sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder.

**Resultat** Sjuksköterskan har en mycket betydande roll i upptäckten av våldsutsatta kvinnor. Svårigheter med att screena för våld i nära relationer är främst tidsbrist, kulturella skillnader och införandet av nya rutiner, medan svårigheter både med screening och vård av våldsutsatta patienter är bristande utbildning och erfarenhet hos sjuksköterskor. Möjligheter som ses i arbetet med våldsutsatta kvinnor är att majoriteten upplever frågor om våld som acceptabelt. Det är en traumatisk upplevelse för sjuksköterskor att vårda våldsutsatta patienter och de behöver också ges möjlighet till stöd.

**Diskussion** Vikt bör läggas vid att upptäcka misshandel i ett så tidigt skede som möjligt då våldet ofta tenderar att eskalera med tiden samt att de skadliga hälsoeffekterna blir värre desto längre misshandeln pågår. Det kan vara svårt att skapa den miljö kvinnor beskriver att de vill ha i mötet med vården. Det finns stora förbättringsområden på organisationsnivå för att vården skall bli så bra som möjligt.

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion.....</b>	<b>1</b>
Inledning.....	1
<b>Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
Sjuksköterskans kärnkompetens och omvårdnadsbegrepp .....	1
Sjuksköterskans ansvar .....	1
Bemötande.....	2
Kommunikation.....	3
Våld i nära relationer.....	4
Nu och då .....	4
Vem utsätts.....	4
Att våga prata om misshandel .....	4
Våldets påverkan på människan och samhället.....	5
<b>Problemformulering.....</b>	<b>6</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>6</b>
Frågeställning .....	6
<b>Metod.....</b>	<b>6</b>
Litteraturöversikt .....	6
Litteratursökning .....	7
Urval.....	7
Kvalitetsgranskning.....	8
Analys.....	8
<b>Resultat.....</b>	<b>9</b>
Screening .....	9
Vikten av screening.....	9
Att ställa frågan om våld .....	10
Svårigheter med screening .....	11
Möjligheter att screena .....	12
Att vårda våldsutsatta kvinnor.....	12
Sjuksköterskors upplevelser .....	12
Svårigheter i vården .....	13
Möjligheter att vårda .....	15
<b>Diskussion .....</b>	<b>15</b>
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion .....	17
Screening .....	18

Att vårda.....	19
Implementering i svensk sjukvård.....	20
<b>Slutsats.....</b>	<b>21</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>22</b>

## **Bilaga 1**

## **Bilaga 2**

## **Bilaga 3**

## **Introduktion**

### **Inledning**

Vi valde att göra en studie om kvinnor utsatta för våld i nära relationer då vi anser att ämnet tas upp allt för lite på sjuksköterskeutbildningen samt inom vården i övrigt. Det är ett stort samhällsproblem som drabbar otroligt många och leder till hälsoproblematik världen över. Mörkertalet är stort och det är viktigt att nå utsatta personer. Här har sjuksköterskan en betydande roll för att upptäcka och kunna vårda.

Det var inte förrän 1864 som Strafflagen infördes i Sverige vilket innebar att hustruaga kriminaliserades. Det var dock endast offret själv som kunde anmäla brottet. Strafflagen ersattes så sent som 1965 då det också blev olagligt med våldtäkt inom äktenskapet. 1982 lades kvinnomisshandel under allmänt åtal vilket innebar att någon annan än offret kunde anmäla händelsen (Centrum för folkhälsa, 2007). 1993 tillsatte regeringen Kvinnovåldskommissionen och 1998 antog regeringen kommissionens proposition och 41 miljoner kronor satsades i ett åtgärdsprogram. Samma år kom lagen om grov kvinnofridskränkning (Amnesty, 2011).

Att våld i nära relationer är ett aktuellt ämne märks tydligt i och med den senaste tidens medierapportering men det behöver uppmärksammas mer. Detta gäller främst inom vården men även i samhället i övrigt.

## **Bakgrund**

### **Sjuksköterskans kärnkompetens och omvårdnadsbegrepp**

#### **Sjuksköterskans ansvar**

Sjuksköterskan skall i sitt dagliga arbete utgå från en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Det innefattar bland annat att visa öppenhet och respekt för olika värderingar samt att värna om patienters integritet, värdighet och autonomi (Socialstyrelsen, 2005). En av sjuksköterskans huvuduppgifter är att främja hälsa så som att aktivt förebygga hälsorisker samt att motivera patienter till livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2005; Swenurse, 2014). God omvårdnad grundar sig i att sjuksköterskan visar respekt för mänskliga och kulturella rättigheter, använder sig av ett värdigt bemötande mot patienter, visar medkänsla och lyhördhet samt inger förtroende. Sjuksköterskan har också ett ansvar för att främja hälsa och sociala behov hos allmänheten men framför allt hos utsatta befolkningsgrupper (Swenurse, 2014). I kontakten med våldsutsatta kvinnor är det av stor vikt att sjuksköterskan har, för situationen, relevanta omvårdnadsbegrepp i åtanke. Särskilt viktiga i detta sammanhang är bemötande och kommunikation.

## **Bemötande**

En väsentlig förutsättning för skapandet av en om god vårdrelation och god kommunikation är det bemötande patienten får av sjuksköterskan. Tyvärr är det många människor som har dåliga erfarenheter av hur de blivit bemötta av sjukvårdspersonal, vilket i värsta fall kan innebära att de undviker att söka hjälp eller vård i rädsla för att bli bemötta på samma sätt igen. Detta gäller inte minst våldsutsatta kvinnor (Wendt & Enander, 2013). Generellt har bemötande i omvårdande relationer beskrivits som att sjuksköterskan behöver ha en förståelse för den enskilda patientens livstolkning som skildras genom patientens handlande, tankar och känslor. Genom att lyssna aktivt och att uppmärksamma patienten som person skapas möjlighet för patienten att våga berätta om sin livssituation. Den fysiska vårdmiljön, så som att det finns tid, möjlighet till avskildhet och lugn är också väsentliga förutsättningar för ett bra möte (Ternestedt & Norberg, 2010).

Den förste att lyfta fram miljöns betydelse för god omvårdnad var sjuksköterskan Florence Nightingale (1820-1910). Hon beskrev att den fysiska miljön påverkar patientens naturliga helande och bidrar till dennes välbefinnande och tillfrisknande. Vidare framställde hon att människans reaktioner på miljön påverkar sinnesstämningen till hög grad. Forskning inom området har tidigare fokuserat på sjukhusens fysiska miljö utan att för den sakens skull ha tagit hänsyn till patienters åsikter medan nyare forskning lyfter fram patientens upplevelse av miljön. Det är viktigt att låta patienten bli medelpunkten i miljön, dit fokus riktas. Genom att fokusera på patienten ur ett holistiskt perspektiv kan patienten uppleva en känsla av välbefinnande och av att befinna sig i en vårdande miljö (Ylikangas, 2012). Bergbom (2014) beskriver att målet med den fysiska vårdmiljön är att skapa en plats som inbjuder till familjenärvaro, privathet och känsla av kontroll. Vidare bör miljön vara sådan att patienten känner sig trygg, omhändertagen och väl bemött för att kunna uppleva känsla av välbefinnande och trygghet samt möjlighet till att återvinna hälsa.

I vården kan det vara svårt att uppnå ett jämlikt möte mellan patient och vårdgivare. Det är näst intill oundvikligt att det inte blir någon maktobalans alls i mötet då patienten ofta har mindre kunskap än den professionelle den möter. Det är dock möjligt för vårdpersonal att minska maktproblematiken genom ökad kunskap om kommunikation och jämlikhet (Vinthagen, 2013). Det är viktigt att sjuksköterskan i mötet tar sig tid att försöka förstå patientens situation, behov och önskemål för att på så vis se människan bakom problemet och uppmärksamma patienten som person (Vinthagen, 2013). Detta görs även genom närvaro, att ställa öppna frågor och en nyfikenhet inför den man möter (Enqvist, 2013). Andra faktorer som kan påverka bemötandet är hur man hälsar, kroppsspråk samt hur parterna ter sig i förhållande till varandra, så som att den ena sitter och den andre står (Fossum, 2013). Hur sjuksköterskan bemöter en patient har stor betydelse för att uppnå god kommunikation (Fossum, 2013).

## **Kommunikation**

Enligt Baggens och Sandén (2010) är kommunikation en grundläggande aktivitet både i livet och inom omvårdnad. Förutom att förmedla ett faktainnehåll påverkar kommunikationen även den sociala relationen människor emellan. Det är till och med svårt att tänka sig sociala relationer utan kommunikation. Förenklat kan man säga att kommunikation handlar om överföring av information från människa till människa. Med information menar man inte bara verbal information utan också kroppsspråk, fysisk distans, beröring och röst (Fossum, 2013). Enqvist (2013) beskriver att röstläge och kroppsspråk står för 90 % av ett budskap och orden endast 10 %. Även sådant som 'inte blir sagt' kan vara ett väl så tydligt budskap som det sagda. Tidigare betraktade man kommunikation som en mer eller mindre enkelriktad budskapsöverföring från en sändare till en mottagare. Idag ser man snarare kommunikation som en interaktion mellan två eller flera parter där de inblandade är både sändare och mottagare, d.v.s. att kommunikation sker en dialog där båda parterna försöker hitta en gemensam tolkning och förståelse (Fossum, 2013).

Hur man uttrycker sig är betydelsefullt och kommunikationen bör anpassas till situation och mottagare. Ett stort kommunikationsproblem inom sjukvården är att vårdpersonal ofta fokuserar mer på sjukdom och behandling än på personen bakom sjukdomen. Detta kan leda till att språket som används inte är anpassat till mottagaren och att denne därför inte förstår vad som avses med samtalet (Fossum, 2013). Samtalet och kommunikation beskrivs vidare av Johansson (2013) vara sjuksköterskans främsta arbetsredskap. Dock beskriver även hon maktstrukturen i samtalet mellan sjuksköterskan och patienten där den professionelle tenderar att dominera och besluta vad som är legitimt att prata om.

Kommunikation kan försvåras av många olika orsaker. En kan vara skillnader i kulturell bakgrund. Bäärnhielm (2013) redogör för att kommunikation grundar sig i ett socialt och kulturellt sammanhang. Kommunikation mellan sjuksköterska och patient med olika kulturella bakgrunder och erfarenheter kan skapa problem i den språkliga överensstämmelsen, förståelsen, koder, värderingar och normer.

Basen för kommunikation beskrivs av Andersson (2013) vara att lyssna på den man kommunicerar med. Detta för att få en förståelse för rådande situation och vilka verktyg som behövs för att bistå honom eller henne. Genom att lyssna utan att värdera och bedöma kan man ta emot och förstå det utsända budskapet. Genom det så kallade reflektiva lyssnandet kan sjuksköterskan få en patient att komma på mer och mer. Det är viktigt att sjuksköterskan tillåter sig själv att vara tyst tillräckligt länge för att patienten skall kunna tänka efter ordentligt. Det reflektiva lyssnandet består av öppna frågor, reflektioner och bekräftelse (Holm-Ivarsson, 2013).

## **Våld i nära relationer**

### **Nu och då**

Våld i nära relationer definieras enligt WHO som *”beteende hos en partner eller ex-partner, som orsakar fysisk, sexuell eller psykologisk skada, vilket inkluderar fysisk aggression, sexuella övergrepp, psykologisk misshandel och kontrollerande beteende”* (WHO, 2013).

På Nationellt Centrum för Kvinnofrid beskrivs att det är under de senaste 20 åren som våld mot kvinnor har uppmärksammas, tidigare betraktades det mer som en privat angelägenhet. Synen har under åren förändrats och idag erkänns våldet som ett stort folkhälsoproblem och en kränkning av de mänskliga rättigheterna (NCK, 2014a). I en kanadensisk studie undersöktes om några skillnader skett under åren 1994-2004 gällande screening och vård av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Studien som genomfördes 2004 jämfördes med en likadan från 1994. Trots att det forskats mycket inom området under den tiden, syntes inga signifikanta skillnader de två emellan (McClennan, Worster, & MacMillan, 2008).

### **Vem utsätts**

När det kommer till våld i nära relationer är det vanligast att utövaren är en man och att den drabbade är en kvinna som han har eller haft ett förhållande med. År 2009 var 90 % av gärningspersonerna i polisanmälda fall män. Det är dock viktigt att tänka på att våld även sker i samkönade relationer samt av kvinnor mot män (NCK, 2014b; Socialstyrelsen, 2014). Trots att det finns en likabehandlingsprincip fokuserar både socialtjänstlagen och samhällets satsningar främst på våldsutsatta kvinnor. Detta beskrivs vara på grund av att ge möjlighet till skydd åt kvinnor utsatta för könsrelaterat våld (Socialstyrelsen, 2014) och att synliggöra vem det är som oftast är utsatt respektive utövare samt att framhålla vilka maktstrukturer i samhället som ligger till grund för detta (Våld mot nära, 2013). Våld sker mot kvinnor i alla åldrar men våld mot äldre kvinnor beskrivs vara något som osynliggjorts i samhällsdebatten och få studier genomförts inom området (Socialstyrelsen, 2013).

Våld i nära relationer sker i alla samhällsgrupper, där etnicitet, ålder och klass är irrelevant (NCK, 2014b), Regeringen, 2007). Dock finns det grupper där omständigheter gör att de är mer sårbara (NCK, 2014b). Det kan bland annat handla om låg utbildning, överkonsumtion av alkohol och droger, att ha bevittnat tidigare våld inom familjen, personlighetsstörning samt kommunikationssvårigheter inom relationen (WHO, 2013).

### **Att våga prata om misshandel**

Det är mycket få våldsutsatta kvinnor som självmant tar upp misshandel vid ett sjukvårdsbesök. En brittisk studie rapporterar att av 21 121 undersökta kvinnor tog endast 100 kvinnor, alltså mindre än 0,5 %, upp misshandel med sin vårdgivare (Spedding, McWilliams, McNicholl, & Dearden, 1999). Ca 80 % av våldsutsatta



kvinnor förmodas aldrig anmäla händelserna till polisen. Sjukvårdspersonal, och då främst sjuksköterskor, har en nyckelroll i arbetet med att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Detta på grund av att det oftast är via akutmottagningar våldsutsatta kvinnor kommer i kontakt med sjukvården och då i första skedet möter en sjuksköterska (NCK, 2010). Det är av stor vikt att personalen vågar ställa frågor om våld då det har visat sig att dessa patienter ofta svarar jakande vid en konkret fråga. Vid frågor till patienten är det viktigt att tänka på att människor definierar våld på olika sätt. Genom att ställa öppna frågor och förklara definitioner ökar patientens förståelse för innebörden av frågorna och därmed möjligheterna för denne att våga öppna sig (NCK, 2014b).

Av de få kvinnor som väljer att avslöja misshandel är det många som anser att de blivit dåligt bemötta i sjukvården. I en amerikansk studie beskriver våldsutsatta kvinnor att sjukvårdspersonal har haft svårt att förstå dem, att de bagatelliserat kvinnornas skador, beskyllt våldet på kvinnorna, inte tagit våldet på allvar samt att kvinnorna fått genomgå en känsloladdad undersökning av läkare (Hamberger, Ambuel, Marbella, & Donze, 1998).

### ***Screening***

Screening för våld i nära relationer kan göras på olika sätt och flera standardiserade screeninginstrument finns. Instrument som finns är för screening av våld, för att beskriva hur våldet tar sig uttryck och för att bedöma farlighet, det vill säga riskbedömning. För att ett bedömningsinstrument skall vara standardiserat skall det vara ett formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i skala för att kunna mäta olika aspekter av ett problem. Formuläret kan baseras på intervju, skattning, självskattning eller observation. För att det skall vara standardiserat måste det också vara tekniskt och vetenskapligt beprövat. Över lag beskrivs ett screeninginstrument vara mer lättanvänt om det inte är för långt (Socialstyrelsen, 2009).

### **Våldets påverkan på människan och samhället**

Idag rapporterar ca 30 % av alla världens kvinnor att de upplevt någon form av misshandel av en partner. Så många som 38 % av morden på kvinnor begås av en intim partner. Över 40 % av de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer kommer i kontakt med sjukvård på grund av konsekvenser av våldet. Det kan vara tillstånd så som smärta, magproblem, försämrat allmäntillstånd, depression, posttraumatisk stress, sömnsvårigheter, nutritionsproblematik, känslomässiga störningar, alkoholmissbruk, samt suicidförsök. (WHO, 2013). Bland de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer finns en tydlig ökning av psykiska problem jämfört med kvinnor som aldrig utsatts för våld. Det handlar om alkoholism, depression, isolering samt självskadebeteende (Pico-Alfonso, Echeburúa, & Martinez, 2008; Spedding et al., 1999). Dock är det många av dessa kvinnor som upprepade gånger söker vård, men utan att den bakomliggande orsaken utreds (Piispa & Heiskanen, 2005). Studier har visat att våld i nära relationer också är vanligt i Sverige, 46 % av alla kvinnor mellan 15-64 har utsatts för våld (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kolliokoski,

2001). Storbritanniens Department of Health (2013) räknar med att kvinnor i genomsnitt utsätts för övergrepp 35 gånger innan det att de söker hjälp. Studier visar också att våld i nära relationer är ungefär lika utbrett i hela Europa och forskare beskriver det som en epidemi (Corbally, 2001).

Hela samhället påverkas i hög grad av våld i nära relationer. Bland annat blir det en stor kostnad på grund av förlorade arbetsdagar, sjukvård, tandvård samt läkemedel. I en studie från Socialstyrelsen beräknas samhällskostnaden i Sverige uppgå till tre miljarder kronor per år (Våld i nära relationer, 2009).

## **Problemformulering**

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem då närmare 50 % av svenska kvinnor någon gång blivit drabbade. Troligtvis finns det också ett stort mörkertal; mycket få utsatta personer väljer själva, att vid exempelvis sjukvårdsbesök, avslöja misshandel i sitt förhållande. Sjuksköterskan har här en mycket viktig roll för att fånga upp dessa patienter. Vilken kunskap och vilka verktyg beskrivs i studier vara behov för att sjuksköterskan skall kunna fånga upp och vårda dessa patienter?

## **Syfte**

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att upptäcka samt vårda kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

## **Frågeställning**

Vad finns det för svårigheter och möjligheter i att upptäcka och vårda våldsutsatta kvinnor?

## **Metod**

### **Litteraturöversikt**

Friberg (2012) menar att en litteraturöversikt grundar sig i att genom ett strukturerat arbetssätt beskriva data för att skapa översikt över valt ämne. Området bör vara avgränsat och texter väljas systematiskt. Det är viktigt att genom hela arbetet ha ett kritiskt förhållningssätt till vald data genom kvalitetsgranskning och analys.

Det första som sker i arbetet med en litteraturöversikt är att skapa ett syfte och problemformulering. Syftet kan förtydligas med följande frågeställning/-ar som fungerar som hjälp i analysen. Det är syfte och problemformulering som skall utgöra grunden för litteratursökning. Sökord och sökstrategier utarbetas och en inledande sökning utförs för att skapa en översiktsbild. Därefter följer arbetet med inklusion och exklusion där studier som skall användas i litteraturöversikten väljs ut. (Friberg, 2012). En litteraturöversikt kan baseras på både kvantitativa och kvalitativa studier. I en studie med kvantitativa forskningsmetoder är antalet deltagare ofta fler, ett

statistiskt resultat presenteras baserat på exempelvis mätningar eller enkäter och resultatet skall vara mätbart (Segersten, 2012a). Segersten (2012b) beskriver vidare att målet med en kvalitativ studie är att skapa ökad förståelse för valt fenomen. Detta skall grunda sig i patienters erfarenheter, upplevelser, behov och förväntningar. Valda studier måste därefter kvalitetgranskas och analyseras för att kunna sammanställas till ett slutgiltigt resultat (Friberg, 2012).

## **Litteratursökning**

I denna litteraturöversikt har sökningar genomförts i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. Med syfte och problemformulering som utgångspunkt valdes de aktuella sökorden. För att finna relevant översättning av sökorden på respektive databas, användes Svensk Mesh samt Cinahl Headings. I samtliga sökningar har "intimate partner violence" alternativt "domestic violence" använts, beroende på vilken databas som nyttjats. Tillsammans med orden "care", "screening", "experience" samt "perspective" i olika kombinationer. För att få en bild av både hur utsatta patienter upptäcks och vårdas, valdes både "screening" och "care" som sökord. För att vidga sökningen användes en asterisk (\*) efter "nurs" för att på så vis få med både "nurse" och "nursing" i samma sökning (Östlundh, 2006). För varje genomförd sökning i databaserna granskades antalet träffar. Då antalet var för många för att överblicka, gjordes en ny sökning med ytterligare sökord eller begränsningar för att minska detta (bilaga 1).

Begränsningar i sökningarna var att artiklar var max tio år gamla för att få ett aktuellt resultat, det fanns tillgängliga abstracts, delatagarna i studierna var kvinnor i reproduktiv ålder samt att de var skrivna på engelska.

Efter att ha funnit och granskat artiklar kunde sökningen utvecklas vidare genom en så kallad sekundärsökning. Artiklarnas referenslistor granskades för att undersöka om någon av dessa artiklar var relevanta för studien. En artikel funnen via sekundärsökning användes i resultatet (Stenson, Saarinen, Heimer, & Sidenvall, 2001). Nya sökord upptäcktes också via funna artiklarnas "key words" (bilaga 1).

## **Urval**

För att litteraturöversiktens resultat skall kunna implementeras i svensk sjukvård gjordes urvalet av artiklar främst utefter länder där sjukvårdssystemet liknar det svenska. Artiklar valdes därför från följande länder; Sverige, Finland, USA, Storbritannien, Australien, Kanada, och Sydafrika. Som tidigare nämnt valdes att endast fokusera på våldsutsatta kvinnor och därmed gjordes det aktiva valet att inte studera våldsutsatta män. I studierna som ingår i litteraturöversikten beskrevs inte om förövaren var en kvinna eller man och översikten har därför inte tagit ställning till om de våldsutsatta kvinnorna lever i en samkönad relation eller inte. För att vidare begränsa studien valdes endast upptäckt och vård av patienter medan strategier för att ta sig ur det osunda förhållandet valdes bort. Fokus lades endast på kvinnorna i

situationen, alltså på kvinnor som inte hade barn. Således valdes artiklar som behandlade gravida och kvinnor med barn bort.

### **Kvalitetsgranskning**

Samtliga artiklar granskades utifrån Fribergs granskningsmall (bilaga 2) och poängsattes från 0-13 alternativt 14 beroende på om artikeln var kvantitativ eller kvalitativ. Mallen bestod av ja- och nej frågor där varje frågeställning som uppfylldes gav ett poäng. Samtliga valda artiklar poängsattes till 11 poäng eller högre, vilket får anses vara en hög kvalitet.

En av frågeställningarna i granskningsmallen behandlade artikelns etik. Detta är en viktig fråga när det kommer till all forskning men framförallt inom ett så intimt område som våld i nära relationer. Av de valda artiklarna var det endast två (Coker, 2007, Häggbloom & Möller, 2006) som inte var granskade av någon form av etisk kommitté. Vid närmare granskning av dessa ansågs ändå författarna ha använt sig av etik i tillvägagångssättet så som att de intervjuade fick information om studien innan det att de bestämde sig för att delta, de skulle ha tillräcklig mental förmåga för att kunna ge sitt godkännande, att godkänna medverkan samt att allt skedde i ett avskilt rum utan anhöriga medverkande. Artiklarna anses därför ändå vara etiskt accepterade.

### **Analys**

När antalet träffar i databasen var greppbart, lästes alla abstracts för att överväga vilka artiklar som var relevanta till syftet. Nästa steg var att läsa hela artikeln med relevant abstract. I den första genomgången av varje artikel skapades en överblick av innehållet. Efter diskussion kring båda författarnas upplevelse av varje artikel kunde en andra genomgång påbörjas. I denna genomgång analyserades artiklarna grundligt med fokus på att finna likheter och skillnader artiklarna emellan.

Utefter syftet valdes två huvudteman; närmare bestämt att screena och vårda våldsutsatta patienter. Detta var vad som ämnades granskas i litteraturstudien och sökningar gjordes därefter vilket resulterade i att artiklarna kom att beröra just dessa områden. Vad som valdes bort i och med detta var att undersöka fortsättningen efter vården av kvinnorna, det vill säga strategier för att ta sig ur det osunda förhållandet och förmedling av kontakt med bland annat polis och kvinnojour. De två teman, screening och vård, strukturerades sedan i subteman vilka återfanns i artiklarna. För screening var dessa; vikten av screening, hur, när och var frågor om våld ställs samt svårigheter och möjligheter med screening. För vård av patienter var de; möjligheter och svårigheter med vården där brist på utbildning och erfarenhet beskrevs som de största svårigheterna samt sjuksköterskors upplevelse av att vårda våldsutsatta kvinnor.

Huvudtema	Subtema
Screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vikten av screening</li> <li>• Att ställa frågor om våld</li> <li>• Svårigheter med att screena</li> <li>• Möjligheter att screena</li> </ul>
Att vårda våldsutsatta kvinnor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjuksköterskors upplevelser</li> <li>• Svårigheter i vården <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brist på utbildning</li> <li>- Brist på erfarenhet</li> </ul> </li> <li>• Möjligheter att vårda</li> </ul>

## Resultat

### Screening

Varför en misshandlad kvinna väljer att inte söka hjälp kan bero på många saker. Leppakoski et al. (2011) beskrev bland annat en rädsla för att misshandeln skall eskalera, rädsla för partners hämnd, rädsla att inte bli tagen på allvar, en känsla av skam och hjälplöshet, lågt självförtroende samt att inte anse att våldet klassas som misshandel.

### Vikten av screening

*Att läka börjar med att få berätta. Att lyssna kan vara terapeutiskt* (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011. s. 145).

Flera studier framhöll sjuksköterskan som den viktigaste personen i vårdkedjan att finna och uppmärksamma kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Detta därför att det oftast är en sjuksköterska som får den första kontakten med kvinnan (Brykczynski, Crane, Medina, & Pedraza, 2011; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen, & MacMillan, 2007; Hägglom & Möller, 2006; Leppakoski, Paavilainen, & Astedt-Kurki, 2011; van der Wath, van Wyk, & Janse van Rensburg, 2013) Även sjuksköterskor själva ansåg att de är de mest betydande i mötet med och vården av våldsutsatta kvinnor. Dock påpekade de att vetskapen om detta kan leda till höga stressnivåer och frustration hos dem (Hägglom & Möller, 2006). I en kanadensisk studie där deltagarna bestod av både sjuksköterskor och läkare, hade 31,2 % av sjuksköterskorna medan endast 7,9 % av läkarna varit med om att en kvinna avslöjat misshandeln i sin relation (Gutmanis et al., 2007).

I en amerikansk studie beskrev författarna att fysisk misshandel ofta inleds med psykisk. Kvinnor som blir psykiskt misshandlade löper stor risk att senare drabbas av

fysisk misshandel, varför de menade att det är av största vikt att även screena patienter även för psykisk misshandel. (Coker et al., 2007). En våldsutsatt kvinna beskrev att hennes mentala lidande var mycket värre än den fysiska misshandeln hon utsatts för (Leppakoski et al., 2011). Vidare framhölls att de kvinnor som enbart blir utsatta för fysisk alternativt psykisk misshandel har svårare att se sig själva som offer för misshandel än de som utsätts för både och (Coker et al., 2007). Studier har visat att våld i nära relationer ofta eskalerar med åren. Det som börjar med knuffar och lätta slag leder ofta till grövre fysisk misshandel (Leppakoski et al., 2011).

Forskning har visat att våld i nära relationer påverkar människan ända ner på cellulär nivå. I människokroppen finns arvsanlaget samlat i genom som består av kromosomer. I ändarna på kromosomerna finns något som kallas telomerer. Dessa kan liknas vid plaständarna på skosnören som förhindrar att snörena trasas upp (Humphreys et al., 2011). Förkortning av telomerer är associerat med åldrande, cancer och en högre risk för för tidig död (Learn Genetics, 2014). Humphreys et al. (2011) beskriver att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer generellt sett har kortare telomerer än kvinnor som aldrig utsatts för våld. Den skadliga påverkan på våldsutsatta kvinnor beror inte enbart beror på vilken typ av våld hon utsatts för, utan främst under hur lång tid våldet pågått. Vidare beskrivs att kvinnorna kan besväras av ihållande negativa effekter av våldet trots att de inte längre är kvar i förhållandet.

### **Att ställa frågan om våld**

Sjuksköterskor påpekade vikten av att prata med utsatta kvinnor i en trygg och avskild miljö där de fick möjlighet att ostört prata med sin sjuksköterska utan att andra personer runtomkring kunde höra samtalet. Kvinnor har ofta svårare att berätta om sina erfarenheter om de inte känner sig säkra och betrodda (Brykczynski et al., 2011; Hägglom & Möller, 2006). En del kvinnor vågade inte öppna sig förrän de träffat en och samma sjuksköterska upprepade gånger (Hägglom & Möller, 2006).

Förutom att reflektera över miljön där samtalet sker, är det av stor vikt att förklara för kvinnan att frågor om våld är rutinfrågor som ställs till alla patienter (Hägglom & Möller, 2006). När frågor ställs är det viktigt att använda sig av öppna frågor. Att ställa en fråga som kan besvaras med ja eller nej så som; är du okej? kan leda till att många patienter förbises då patienten kan uppleva det lättare att bara svara ja. Det är också många kvinnor som inte anser att det de blir utsatta för är misshandel då ordet ofta förknippas med mycket grova övergrepp. I en finsk studie beskrev sjuksköterskor att våldsutsatta kvinnor inte ansåg att lite knuffande och puttande var misshandel (Leppakoski et al., 2011). Därför är det viktigt att specificera frågan. En fråga kan vara; ”har din partner någonsin slagit, sparkat, nypt, skadat dig med kniv eller annat vapen, eller hotat att göra dig illa?” Jämfört med ”har du blivit misshandlad?” (Brykczynski et al., 2011).

Få kvinnor väljer att självmant prata om sin situation, och det är därför viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på tecken som kan tyda på att de är i ett osunt

förhållande. Det är av stor vikt av att ge tid, att kunna sitta tyst och vänta på svar samt att ha ögonkontakt under samtalet (Häggblom & Möller, 2006). Det är också betydelsefullt att våga ställa frågan mer än en gång. Följande är ett citat från en sjuksköterska i en amerikansk studie:

*”Jag undersökte kvinnan när jag upptäckte ett litet sår på framsidan av hennes hals och frågade hur hon fått det. Hon var tyst. Jag frågade om hennes man hade skadat henne och hon förblev tyst. Sedan frågade jag om hon var trygg hemma och där och då började hon berätta om hur hennes man blivit arg och skurit henne med en kniv.”* (Brykczynski et al., 2011. s 147).

Stensson et al (2001) beskrev att då en konkret fråga ställs, är chansen större att kvinnan berättar om sin situation. Kvinnor i studien uttryckte en lättnad över att ha blivit tillfrågade och att de på så vis fick möjlighet att berätta om sin situation. Vidare uttryckte kvinnorna att om de inte fått frågan skulle de troligtvis aldrig berättat.

I en finsk studie hade endast en tredjedel av de våldsutsatta kvinnorna sökt sjukvård för skador våldet orsakat. Av de kvinnor som sökt hjälp hade endast en fjärdedel blivit tillfrågade om misshandel (Leppakoski et al., 2011).

### **Svårigheter med screening**

Joyner och Mash (2012) beskrev det problem de ansåg vara störst: att screening tar extra tid då arbetsuppgifterna redan är många. Magnussen et al. (2011) resonerade i sin studie kring screeningens upplägg och genomförande. Det beskrevs att dagens screening och behandling av våldsutsatta kvinnor ofta är baserade på västerländska normer och värderingar vilket kan leda till kulturella svårigheter. I studien beskrev kvinnor att det kändes lättare att öppna sig för en vårdgivare med liknande kulturell bakgrund då de ofta delar fler värderingar.

Genom begränsad kunskap om kulturella skillnader kan det för sjuksköterskan vara svårt att förstå vad som ligger bakom valen en patient gör, så som att stanna i en osund relation (Magnussen et al.). Sverige är ett mångkulturellt land. År 2013 invandrade ca 115 000 personer vilket var den högsta siffran dittills. Idag uppskattas 15 % av den svenska befolkningen ha ett annat ursprungsland än Sverige (Migrationsinfo, 2014). I vården kommer sjuksköterskor varje dag möta personer med olika kulturell bakgrund vilket gör det högst aktuellt att ha en förståelse för kulturella skillnader.

Svårigheter som uppkommer genom kulturella skillnader så som synen på våld i nära relationer tydliggörs av Magnussen et al. (2011) i en amerikansk studie genomförd på Hawaii. Forskarna granskade skillnader i upplevelser kring våld i nära relationer i olika kulturella grupper. Sammantaget tyckte samtliga kvinnor att det var fel med

våldet i sig medan många av deras partners upplevde att det var acceptabelt så länge det skedde inom förhållandet. I samtliga kulturella grupper ansågs våld i nära relationer vara något man hanterar inom familjen utan att blanda in utomstående. Familj och släkt är de som stöttar de utsatta kvinnorna och erbjuder en fristad. Det framkom också att bröder och fäder till de våldsutsatta kvinnorna var tvungna att hämnas på sin systers eller dotters partner, varför kvinnorna ogärna avslöjade misshandeln. I en av de kulturella grupperna menade kvinnorna att deras mödrar uppmuntrade dem att stanna i förhållandet trots misshandel. Mödrarna menade på att dottern gjort sitt val och att hon fick leva med det. I samtliga kulturella grupper ansågs kvinnan i tystnad acceptera och tåla våldet.

En annan svårighet kan vara storleken på samhället. Ett litet samhälle kan innebära att "alla känner alla" och sjuksköterskan kan därför känna det obekvämt att inkräkta i någons privatliv (Hägglom & Möller, 2006; Leppakoski et al., 2011). Följande citat är från en sjuksköterska i en sydafrikansk studie; *Sjuksköterskor vill inte screena därför att de känner patienten* (Joyner & Mash, 2012. s. 3).

Vidare beskrev Joyner och Mash (2012) att det kan kännas svårt för sjuksköterskor att börja med en ny rutin, som screening av våld i nära relationer ofta innebär, och att det blir till en utmaning. Detta dels på grund av tidsbrist men också därför att sjuksköterskor beskrivit att brist på utbildning och erfarenhet gör dem osäkra (Gutmanis et al., 2007) och sjuksköterskorna själva beskrev att det kunde kännas skrämmande (Joyner & Mash, 2012).

### **Möjligheter att screena**

I en amerikansk studie där över 3000 kvinnor ingick, rapporterades inga kränkande upplevelser av att bli screenad för våld i nära relationer. Flera kvinnor påpekade till och med vikten av att ha sådan screening som rutin. Studien gav stöd åt genomförbarheten i att använda screening som ett universalverktyg. Det var både metodologiskt och logistiskt möjligt. Det visade sig dock att ett utökat verktyg för screening ej var möjligt att genomföra på högt belastade kliniker. Forskarna fann inga tecken på att screeningen gav några negativa effekter hos kvinnorna (Coker et al., 2007). Stensson et al. (2001) utredde kvinnors attityd till att bli tillfrågade om våld av en barnmorska före samt efter graviditet. Resultatet blev att 80 % av de 879 kvinnorna accepterade frågorna, 17 % svarade att de både accepterade och ej accepterade och endast 3 % av de tillfrågade kvinnorna ansåg att frågorna var oacceptabla. Det var ingen signifikant skillnad i svaren beroende på hur kvinnorna svarat på frågorna om våld.

### **Att vårda våldsutsatta kvinnor**

#### **Sjuksköterskors upplevelser**

Sjuksköterskor kan inte välja att bortse från våld i nära relationer. De måste hantera situationen oavsett hur svår misshandeln är. Det är en traumatisk situation att vara vittne till både de fysiska och psykiska sårerna hos en våldsdrabbad patient. Det leder



ofta till starka känslor så som sympati, rädsla, ilska och chock men också svårare tillstånd som nedstämdhet och depression (van der Wath et al., 2013).

Även efter att ha träffat en våldsutsatt kvinna under ett kort besök, upplevde sjuksköterskor att minnena från mötet fanns kvar länge. Minnena kunde återkomma oförberett eller bli triggade av liknande situationer och kunde också föra med sig starka känslor. Det beskrevs vara viktigt att kunna skilja på egna och andras känslor; oreglerad empati kan leda till känslomässig stress. Sjuksköterskor beskrev också den befriande känslan som uppstod då de insåg att kvinnan blivit hjälpt. Detta hjälpte också sjuksköterskorna att klara av svåra känslomässiga reaktioner (van der Wath et al., 2013).

Många sjuksköterskor upplevde att de ofta distanserade sig för att skydda sig själva. En beskrev en vilja av att inte låta situationen skada henne. En annan beskrev en känsla av att bli hjärtlös. Det kan vara svårt för sjuksköterskor att hantera sina känslor och funderingar efter att ha varit i kontakt med en våldsutsatt kvinna (Hägglom & Möller, 2006; van der Wath et al., 2013). Frågor som beskrevs uppkomma var bland annat hur det går för patienten, hur hennes hemsituation ser ut och en rädsla för att hon skall begå självmord. Det blir påfrestande utan uppföljning, speciellt för sjuksköterskor på akutmottagningar där den första kontakten ofta etableras och där mötet många gånger är kort (van der Wath et al., 2013).

En utmaning för sjuksköterskor kan vara att förstå vad som går att genomföra under ett besök. Patienten har en egen vilja och måste själv vara den som gör valet att lämna ett osunt förhållande (Brykczynski et al., 2011). Sjuksköterskan måste förstå att hon har gjort allt hon kan i den givna situationen och inte klandra sig själv om kvinnan ändå väljer att gå tillbaka till sin partner. Det är i sig en lång process som oftast inte går att lösa vid första besöket (Brykczynski et al., 2011; Gutmanis et al., 2007).

### **Svårigheter i vården**

Studier beskrev att det händer att sjukvårdspersonal ser på våld i nära relationer som ett socialt problem och inte ett legitimt hälsoproblem. Oro uttrycktes över att behöva hantera ett psykosocialt problem som ”inte enkelt gick att behandla med medicin”. Fokus ligger oftast på de fysiska problemen och inte de psykiska, där lite utbildning och erfarenhet finns (Brykczynski et al., 2011; Joyner & Mash, 2012). Sjuksköterskor uttryckte att de fått träning i att vårda de fysiska sårerna, men inte de psykiska som kommer därtill (Hägglom & Möller, 2006).

Svårigheter i arbetet med våldsutsatta kvinnor beskrivs av sjuksköterskor vara bristande stöd från chefer och kollegor, brist på utbildningsprogram för att utveckla färdigheter och kunskaper, ingen möjlighet till emotionellt stöd via arbetsplatsen (Gutmanis et al., 2007; van der Wath et al., 2013), en känsla av förlorad kontroll i

situationen samt säkerhetsfrågor både för personal och patient (Gutmanis et al., 2007)

Vidare beskrevs att bristande rutiner på organisationsnivå leder till att sjuksköterskor ofta får improvisera och försöka hitta snabba lösningar i svåra situationer. Flera uttryckte känslor så som hjälplöshet, att stå ensam utan stöd samt stress över att vara medveten om kraven på sin egen kompetens (Hägglom & Möller, 2006).

I en finsk studie beskrev många av de våldsutsatta kvinnorna känslan av att sjukvårdspersonalen inte hade tid att lyssna på dem och många ansåg att de blivit förödmjukade av sjuksköterskor och läkare. Få kvinnor hade fått avskildhet på akutmottagningen och sjukvårdspersonal hade pratat högt om deras privata angelägenheter. Flera lade tyngd vid att bli vårdad av sjukvårdspersonal som var stöttande och inte dömande (Leppakoski et al., 2011). Vidare beskrev Gutmanis et al (2007) svårigheter vara att sjuksköterskorna hade bristande kunskap både i intervjueteknik kommunikation.

Utöver ovan nämnda problem uttrycktes utbildning och kunskap vara de allra viktigaste behoven för att kunna upptäcka våldsutsatta kvinnor samt att ge dem god vård (Bryczynski et al., 2011; Gutmanis et al., 2007; Hägglom & Möller, 2006).

### ***Brist på utbildning***

Gutmanis et al. (2007) beskrev att av 900 deltagande sjuksköterskor hade 60 % aldrig fått någon formell utbildning kring våld i nära relationer. I en annan studie med liknande resultat hade samtliga sjuksköterskor med vidareutbildning inom området utbildat sig på eget initiativ och inte med hjälp från arbetsgivare. De som hade utbildning uttryckte en större trygghet i situationer med utsatta kvinnor och kunde också på ett annat sätt förutse resultatet av en intervention (Hägglom & Möller, 2006).

Utbildning inom våld i nära relationer borde ges till samtliga inom sjukvården och få högsta prioritet. I utbildningen bör tyngden läggas vid när man skall misstänka, hur man skall känna igen, hur man skall fråga, hur man konkret hjälper samt hur man tar sig förbi samhällets fördomar kring problemet (Hägglom & Möller, 2006).

Det är viktigt att samtliga på en vårdenhets utbildas. Sjuksköterskor i en studie uttryckte en svårighet med att en del hade utbildning och vissa inte. De utan utbildning undvek ofta att screena patienter på grund av egen rädsla och okunskap. Vidare beskrev de att de sjuksköterskor som saknade vidareutbildning ofta "överlämnade" patienter som de misstänkte befann sig i en osund relation till kollegor därför att de visste att det fanns de som hade bättre utbildning (Hägglom & Möller, 2006).

I en kanadensisk studie framkom att betydligt fler sjuksköterskor än läkare varit med då en kvinna avslöjat misshandel i sitt förhållande. Trots detta underströk artikeln att sjuksköterskorna över lag kände sig mindre förberedda inför att möta våldsutsatta patienter än vad läkarna gjorde. Detta ansåg författarna vara på grund av att läkarna får betydligt mer utbildning kring begreppet våldsutsatta kvinnor. Studien påpekade att det inte enbart handlar om att vara utbildad, utan erfarenheten spelar också stor roll för en skapa större självförtroende och en känsla av att vara förberedd (Gutmanis et al., 2007).

### ***Brist på erfarenhet***

Att ha möjlighet till att dela historier av både fram- och motgång anses vara grundläggande för att sjuksköterskor skall kunna hantera situationer med utsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011). För att uppnå självförtroende och känslan av att vara förberedd inför mötet med våldsutsatta kvinnor behövs ett bra nätverk mellan kollegor på arbetsplatsen, en öppenhet kring att kunna diskutera våld i nära relationer, att minska oron kring att ställa frågor kring våld samt att minska pressen kring vad en sjuksköterska kan åstadkomma under ett besök (Gutmanis et al., 2007). En erfaren sjuksköterska har stor nytta av sina tidigare erfarenheter av interventioner vid arbete med utsatta kvinnor (Häggbloom & Möller, 2006).

### **Möjligheter att vårda**

Att se våldsutsatta kvinnor som överlevare istället för hjälplösa offer skapar en mer positiv bild för både den utsatta och sjuksköterskan. Om sjuksköterskan ser på kvinnan med medömkan är det lätt att hon känner sig skamsen och antar rollen som offer (van der Wath et al., 2013). Samtliga sjuksköterskor i Häggbloom och Möllers (2006) studie uttryckte betydelsen av att fokusera på kvinnornas styrkor och överlevnadsinstinkt. Att i en intervention hantera dem varsamt samt att visa dem beundran och förståelse i situationen. Det ansågs också vara viktigt att göra patienten medveten om att hon är sedd och respekterad.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Valet att göra en litteraturöversikt gjordes för att få ett brett perspektiv på valt område. Data blir omfattande då ett stort antal artiklar sammanställs. För att få ett mer konkret resultat som eventuellt skulle kunna vara lättare att tillämpa i svensk sjukvård kunde ett empiriskt tillvägagångssätt valts. Denna metod är dock mycket tidskrävande samt kan ge mer begränsad data (Segersten, 2012).

Beslutet togs att endast studera våldsutsatta kvinnor och således valdes våldsutsatta män bort. Detta var ett aktivt val för att begränsa litteraturöversikten. Både Nationellt Centrum för Kvinnofrid, NCK (2014b) och Socialstyrelsen (2014) beskriver forskning som visar att det är vanligare att kvinnor utsätts men troligtvis finns ett stort mörkertal bland män. Vid litteratursökningen upptäcktes att det finns betydligt

mer forskning utförd inom området våld mot kvinnor där förövaren är en man, snarare än våld mot män där förövaren är en kvinna. Detsamma gäller i forskningen i samkönade relationer. Trots att även denna översikt studerar kvinnor utsatta för våld av män, är det mycket viktigt att det utförs fler studier av våldsutsatta män och våld i samkönade relationer. I artiklarna som studerats framkom inte om förövaren var en kvinna eller man eller vilken sexuell läggning de deltagande kvinnorna hade. Litteraturöversikten har därför inte kunnat ta ställning till om de våldsutsatta kvinnorna blivit misshandlade av en partner av samma eller motsatt kön. Att studier inte förtydligar detta kan leda till att våld i samkönade relationer förbises och inte uppmärksammas på samma sätt. Detsamma gäller för våld mot män av kvinnor.

De valda databaserna var PubMed, CINAHL och Scopus. Fyra artiklar valdes från PubMed och även från CINAHL valdes fyra stycken, något gav bredd i insamlad data då PubMed är mer medicinskt inriktad medan CINAHL främst fokuserar på omvårdnad (Östlund, 2006). Även databasen Scopus valdes för litteratursökning. Dock upptäcktes att många artiklar fokuserade på ett par av litteraturöversiktens exklusionskriterier, det vill säga gravida kvinnor och kvinnor med barn. Många artiklar var också samma som redan valt från de andra två databaserna och endast en ny artikel användes från Scopus (bilaga 1).

I samtliga sökningar användes sökorden "intimate partner violence"/"domestic violence" samt "nurse" eller "nursing" därför att detta är grunden i litteraturöversikten. Till detta kom de andra sökorden, "screening", "experience", "care" och "perspective", för vidare inrikta sökningen efter syftet. Eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att upptäcka och vårda patienter utsatta för våld i nära relationer eftersöktes just sjuksköterskors syn på detta. Ordet "patient" användes aldrig som sökord men flera använda artiklar behandlande våldsutsatta patienters erfarenheter. Detta ledde till att detta sökord aldrig blev relevant att använda. Dessa artiklar gav vidare stöd åt vad sjuksköterskorna redan beskrivit samt gav resultatet en bredare bild av även patientens upplevelser.

En begränsning i sökningarna var att artiklarna skulle vara max tio år gamla, patienterna skulle vara kvinnor i reproduktiv ålder, de skulle vara skrivna på engelska och ha tillgängligt abstract. Som exklusionskriterier valdes gravida kvinnor samt kvinnor med barn. I de valda artiklar där barn trots allt förekommer är fokus ändå på kvinnans upplevelser av vård och bemötande och inte på barnens. Valet gjordes också att som inklusionskriterie välja artiklar från länder där sjukvården liknar den svenska för att lättare kunna implementera studiens resultat i svensk sjukvård (bilaga 3). Studier som hittades och beskrev ett sjukvårdssystem som ansågs skilja sig från det svenska exkluderades. Detta gällde främst studier från afrikanska och asiatiska länder. Detta kan ha vinklat insamlad data då förhållandena kan skilja sig åt länderna emellan. Litteraturöversiktens syfte var dock att ge ett resultat som skulle kunna implementeras i svensk sjukvård, och valet av länder gjordes därefter. Ett annat problem med detta är att viktiga kulturella skillnader skulle kunna förbises.

Åldern på kvinnorna i de sökta artiklarna bestämdes till reproduktiv ålder, alltså mellan 19-44 år. Detta gjordes för att begränsa översikten och beslutet togs att inte studera ungdomar eller äldre kvinnor. Att utesluta vissa åldersgrupper kan leda till att resultatet blir missvisande om det sker mer eller mindre våld i någon av de nämnda grupperna. Som beskrivet tidigare kan också våldet som sker i dessa grupper osynliggöras då den mesta forskningen sker i gruppen ”vuxna”. Som beskrevs inledningsvis är framförallt äldre kvinnor en grupp som negligeras inom området våldsutsatthet.

I litteraturöversikten har tio vetenskapliga artiklar inkluderats. Av dessa var fyra stycken kvantitativa, fyra kvalitativa samt två där forskarna använt sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder. Detta gav översiktens data stor bredd med både mycket statistisk fakta från de kvantitativa artiklarna medan de kvalitativa gav en bra bild av sjuksköterskors och patienters upplevelser och erfarenheter som styrktes med citat från båda grupper.

Genom att kritiskt granska artiklarna utefter Fribergs granskningsmall (bilaga 2) gick det att avgöra om artiklarna hade en tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i litteraturöversikten. Det räcker dock inte att endast gå efter hur många poäng en artikel fick utan det är också viktigt att undersöka på vilka punkter artikeln föll. Frågan som behandlar etik är en av de viktigaste. Trots det användes två artiklar (Coker, 2007, Häggblom & Möller, 2006) som visat sig inte blivit granskade av någon etisk kommitté. Dessa ansågs ändå vara etiskt accepterade vid närmare analys av författarnas tillvägagångssätt och inkluderades.

Omvårdnadsbegreppen ’bemötande’ och ’kommunikation’ valdes att beskrivas och problematiseras inledningsvis. Dessa begrepp ansågs vara de mest centrala utefter syftet; upptäckt och vård av våldsutsatta kvinnor. Det visade sig senare också vara dessa begrepp som genomgående uppkom i granskade studiers resultat. ’Miljö’ anses också vara ett av de mest centrala omvårdnadsbegreppen för översikten. Dock är god vårdmiljö är en förutsättning för att uppnå ett bra bemötande och god kommunikation, och begreppet beskrivs därför inte enskilt utan i relation till de andra begreppen.

## **Resultatdiskussion**

Flera studier ger stöd åt att inom hälso- och sjukvården är det sjuksköterskan som har den mest betydande rollen för att upptäcka kvinnor utsatta för våld i nära relationer (Brykczynski et al., 2011; Gutmanis et al., 2007; Häggblom & Möller, 2006; Leppakoski et al., 2011; van der Wath et al., 2013). Sjuksköterskan utgör ofta den första vårdkontakten våldsutsatta kvinnor får och studier har visat att det är vanligare att patienter avslöjar misshandel för en sjuksköterska jämfört med en läkare (Gutmanis et al., 2007). Mot bakgrund av detta är det otroligt viktigt att

sjuksköterskor får utbildning i hur man upptäcker, bemöter samt vårdar dessa patienter.

### **Screening**

Vikt bör läggas vid att upptäcka misshandel i ett så tidigt skede som möjligt då våld ofta tenderar att eskalera med tiden (Leppakoski et al., 2011) samt att de skadliga hälsoeffekterna blir värre desto längre misshandeln pågår (Humphreys et al., 2012). En svårighet med detta är att fysiskt våld ofta inleds med psykisk misshandel vilket kvinnor vanligtvis har svårare att definiera som våld (Coker et al., 2007) och sjuksköterskor uttrycker en stor osäkerhet inför.

För att få kvinnor att avslöja våld i sitt förhållande är det, som sjuksköterska, viktigt att beakta hur, när och var frågor om misshandel ställs. Miljön upptäcktes spela mycket stor roll; kvinnan behöver känna sig trygg och betrodd samt befinna sig i ett avskilt rum (Brykczynski et al., 2011; Häggbloom & Möller, 2006). Som nämndes inledningsvis bör målet med vårdmiljön vara att skapa en, för patienten, trygg och privat miljö där patienten kan återfå en känsla av kontroll samt uppnå välbefinnande (Bergbom, 2014). Det är viktigt göra kvinnan medveten om att frågor om våld är rutin och att hon inte blir tillfrågad av någon speciell anledning (Häggbloom & Möller, 2006). Det gör man naturligtvis på bästa sätt genom att skapa en rutin kring screening och att ställa frågor som våld. Det gör att sjuksköterskan kan känna en trygghet i situationen vilket i sin tur leder till att också patienten känner sig trygg och risken minskas att patienten skall känna sig utpekad. Något som framkom i flera studier var vikten av inte nöja sig med att ställa frågan en gång (Brykczynski et al., 2011; Häggbloom & Möller, 2006; Stenson et al., 2001) att inte ställa frågor som kan besvaras med ja eller nej samt att specificera vad som räknas som misshandel (Brykczynski et al., 2011; Stenson et al., 2001). Inledningsvis beskrivs det reflektiva lyssnandet; att sjuksköterskan, vid frågor till patienter, tillåter sig själv att vara tyst så pass länge att patienten får möjlighet att verkligen tänka efter vilket kan leda till att patienten kommer på mer och mer (Holm-Ivarsson, 2013). Det kan vara svårt för sjuksköterskor att möta patienten i ett avskilt rum och att kunna ge tillräckligt mycket tid. Detta gäller speciellt på akutmottagningar. Även om det inte finns någon möjlighet att möta patienten i ett helt avskilt rum behöver sjuksköterskan beakta vad det finns för ytterligare påverkansfaktorer för att patienten skall kunna känna sig trygg i mötet. Sådana faktorer är bland annat de som Enqvist (2013) beskriver, nämligen att genom fysiska handlingar bekräfta patienten med ögonkontakt, kroppsspråk och hur man talar. Vidare har Ternestedt och Norberg (2010) beskrivit att patienten kan känna trygghet i att prata om sin livssituation om sjuksköterskan uppmärksammar patienten genom att aktivt lyssna till denne. Det finns alltså fler faktorer att ha i åtanke än endast att möta patienten på tumanhand.

Forskning visar att låta kvinnan möta samma sjuksköterska vid varje besök kan vara avgörande för om kvinnan avslöjar misshandel eller inte (Häggbloom & Möller, 2006). Det kan dock vara en svårighet beroende på vilken del i vården som avses.

Där bokade besök används, så som inom primärvården och på mottagningar, går det naturligtvis att planera för att kvinnan skall kunna möta samma sjuksköterska, men svårare blir det på vanliga vårdavdelningar och framförallt akutmottagningar. Det är dock en viktig synpunkt som bör ses som en möjlighet till att få kvinnan att känna sig trygg nog att prata om sin situation. Andra svårigheter med att upptäcka utsatta kvinnor som framkom i resultatet var kulturella skillnader (Magnussen et al., 2011), att vara sjuksköterska i ett litet samhälle (Häggbloom & Möller, 2006; Joyner & Mash, 2012; Leppakoski et al., 2011) samt att införandet av en ny rutin kan kännas påfrestande för sjuksköterskorna (Joyner & Mash, 2012). Svårigheterna med kulturella skillnader skulle enkelt kunna lösas genom att skapa större förståelse hos sjuksköterskorna med mer utbildning inom området. Att ta sig förbi problemet med små samhällen kan vara desto svårare. Förslagsvis skulle utomstående sjuksköterskor kunna besöka berörda kliniker under någon dag per vecka eller månad. De sjuksköterskor som verkar och lever i det lilla samhället skulle på så vis kunna överföra patienter till den utomstående sjuksköterskan som skulle ha lättare att prata med berörda patienter om deras personliga situationer.

I resultatet framkom det dock att det är praktiskt möjligt att genomföra screening för våld i nära relationer (Coker et al., 2007), att kvinnor i allmänhet upplever det acceptabelt att bli tillfrågad (Coker et al., 2007; Stenson et al., 2001) samt att många patienter också tycker att det är viktigt med screening som rutin (Coker et al., 2007).

### **Att vårda**

Som beskrivits inledningsvis upplever sjuksköterskor att de får för lite utbildning kring våld i nära relationer, vilket flera studier stödjer (Gutmanis et al., 2007; Häggbloom & Möller, 2006; van der Wath et al., 2013). Detta beskrivs som det största problemet för att kunna ge bästa möjliga vård åt våldsutsatta patienter. Trots att det är sjuksköterskan som ofta får det första mötet med patienter bör tyngd läggas vid att samtlig sjukvårdspersonal skall få utbildning. Utöver utbildning beskrev sjuksköterskorna att bristen på erfarenhet var ett stort problem. För att minska det problemet kan förslagsvis erfarna sjuksköterskor agera mentorer för mindre erfarna. På organisationsnivå finns också flera förbättringsområden. Det är viktigt att sjuksköterskorna får stöd av sin chef och kollegor, att det finns bra rutiner samt att det finns möjlighet till emotionellt stöd och samtal där erfarenheter kan delas personal emellan. Att ha samtal kring vården av våldsutsatta patienter kan också leda till att bättre rutiner skapas så att sjuksköterskor inte behöver uppleva känslan av hjälplöshet vilket också beskrivs av Häggbloom och Möller (2006).

Att ha den här typen av samtal kan underlätta det psykiskt för sjuksköterskor då det är en traumatisk situation att vårda misshandlade patienter vilket kan leda till mycket starka känslor och bestående minnen (van der Wath et al., 2013). Baggens och Sandén (2010) beskrev att den sociala relationen människor emellan stärks genom kommunikation, vilket kan leda till ett bättre arbetsklimat för samtlig vårdpersonal. Att ha ett öppet klimat på arbetsplatsen kring våld i nära relationer kan leda till att

sjuusköterskor får en ökad känsla för vad som faktiskt är möjligt för dem att genomföra i vården av våldsutsatta patienter. Sjuusköterskor har beskrivit kraven på sig själva och sin kompetens som en stressande faktor (Brykczynski et al., 2011; Häggbloom & Möller, 2006).

Något som återkom i flera studier var att det fanns sjukvårdspersonal som inte ansåg att våld i nära relationer är ett legitimt hälsoproblem utan ett mer socialt- och psykosocialt problem. Detta ledde till oro hos personalen som upplevde brist på kunskap och erfarenhet kring psykiska problem (Brykczynski et al., 2011; Häggbloom & Möller, 2006; Joyner & Mash, 2012).

Som redan nämnt är brist på tid ett problem för att kunna arbeta preventivt med att upptäcka våld i nära relationer. Detta är givetvis också ett problem när det kommer till att vårda dessa patienter. Patienter uttryckte känslan av att personalen inte hade tid att lyssna på dem (Leppakoski et al., 2011) vilket är otroligt nedslående. Lyssnandet beskrivs av Andersson (2013) vara basen i kommunikation för skapandet av förståelse för situationen och hur situationen skall lösas. Vidare beskrevs ytterligare svårigheter i mötet med våldsutsatta kvinnor vara bristande intervjueteknik och bristfällig utbildning i kommunikation (Gutmanis et al., 2007). En bristande kunskap om kommunikation kan enligt Vinthagen (2013) öka den maktobalans som tenderar att finnas mellan patient och sjukvårdspersonal. Obalansen skapas genom kunskapsskillnad parterna emellan, men maktproblematiken kan minskas genom att ge sjuusköterskor mer utbildning i kommunikation och jämlikhet.

Positivt var att ett par av studierna inte enbart tog upp problem och svårigheter utan också möjligheter till god vård. Det var bland annat att se på våldsutsatta kvinnor som överlevare istället för hjälplösa offer (van der Wath et al., 2013) samt att fokusera på deras styrkor och överlevnadsinstinkt (Häggbloom & Möller, 2006).

### **Implementering i svensk sjukvård**

Mer utbildning krävs redan i grundutbildningen till sjuusköterska, likväl till övrig vårdpersonal. Vidare bör utbildning ges till sjuusköterskor på respektive arbetsplats. Vad som är viktigt att ta upp på dessa utbildningar är samtalsteknik, kommunikation och mötet likväl som att få kunskap om kulturella skillnader och hur man vidare skall gå tillväga efter ett avslöjande. Idag ställs krav på personal på samtliga vårdenheter att gå utbildning i hjärt- och lungräddning minst en gång per år (HLR-rådet, 2012). Med bakgrund i att nästan varannan svensk kvinna någon gång blivit utsatt för våld i nära relationer är det högst rimligt att ge sjukvårdspersonal utbildning även i våld i nära relationer en gång per år.

På organisationsnivå behöver sjuusköterskor få möjlighet både till enskilt samtalsstöd men även samtal i grupp där erfarenheter kan delas sjuusköterskor emellan. För att avdramatisera screeningsituationen för både patient och sjuusköterska är det viktigt att införa screening som rutin. Detta för att patienten inte



skall känna sig utpekad och att sjuksköterskan skall känna det lättare att ställa frågor om våld. Sist men inte minst är det av mycket stor vikt att det finns möjlighet till avskildhet där våldsutsatta patienter kan känna trygghet.

## **Slutsats**

Litteraturoversikten visar att sjuksköterskan har den mest betydande rollen när det kommer till att upptäcka kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Sjuksköterskans agerande kan vara avgörande för om kvinnan väljer att avslöja misshandeln eller inte. Det är väldigt få patienter som själva berättar om våldet, vilket gör screening otroligt viktigt. Våldsutsatta kvinnor som får konkreta frågor om våld i sin relation svarar ofta jakande och majoriteten anser att det är acceptabelt att vårdpersonal ställer den typen av frågor. De största svårigheterna som framkom med att både upptäcka och vårda dessa patienter är bristande utbildning och erfarenhet hos sjuksköterskor. Svårigheter mer relaterat till screening är främst tidsbrist men också kulturella skillnader, storleken på samhället samt svårigheter med att införa nya rutiner. Utöver detta är bristande rutiner på organisationsnivå ett stort problem. Sjuksköterskor beskriver att det är psykiskt påfrestande att vårda våldsutsatta kvinnor. För att de ska kunna ge god vård behöver sjuksköterskor få stöd på arbetsplatsen samt ges möjlighet till samtal då det är en traumatisk upplevelse att vårda våldsutsatta kvinnor.

## Referenser

Amnesty (2011) *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. Hämtad 2014-04-21 från: [http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/\\$File/svenskrapport.pdf](http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/$File/svenskrapport.pdf)

Andersson, S-O. (2013). *Mötet och samtalet*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 113-144. Lund: Studentlitteratur.

Baggens, C & Sandén, I., (2010). *Omvårdnad genom kommunikativa handlingar*. Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Sid 201-233. Lund: Studentlitteratur.

Bergbom, I. (2014). *Vårdande vårdmiljöer*. Wijk, H (red.). *Vårdmiljöns betydelse*. Sid. 17-37. Lund: Studentlitteratur.

Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x

Centrum för folkhälsa (2007) *Mäns våld mot kvinnor - Ett folkhälsoproblem*. Hämtad 2014-04-21 från: [http://www.folkhalsoguiden.se/upload/J%C3%A4mlik%20h%C3%A4lsa/2007.1%20M%C3%A4ns%20v%C3%A5ld%20mot%20kvinnor%20\(april2\).pdf](http://www.folkhalsoguiden.se/upload/J%C3%A4mlik%20h%C3%A4lsa/2007.1%20M%C3%A4ns%20v%C3%A5ld%20mot%20kvinnor%20(april2).pdf)

Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., Whitaker, D. J., Fadden, M. K., & Williams, M (2007). Partner violence screening in rural health care clinics. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1319-1325. doi: 10.2105/AJPH.2005.085357

Corbally, M. A. (2001). Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. *Accident and Emergency Nursing*, 9(1), 27-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1054/aaen.2000.0184>

Department of Health (2013) *Domestic Violence and Abuse – Professional Guidance*. Hämtad 2014-04-16 från: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/211018/9576-TSO-Health\\_Visiting\\_Domestic\\_Violence\\_A3\\_Posters\\_WEB.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/211018/9576-TSO-Health_Visiting_Domestic_Violence_A3_Posters_WEB.pdf)

Enqvist, B. (2013). *Utlämnad, liten, sårbar*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 433-447. Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2013). *Kommunikation och bemötande*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 25-49. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). *Att göra en litteraturöversikt*. Friberg, F (red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Sid 133-145. Lund: Studentlitteratur.

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7, 12. doi: 10.1186/1471-2458-7-12

Hamberger, L. K., Ambuel, B., Marbella, A., & Donze, J. (1998). Physician Interaction with Battered Women: The Women's Perspective. *Archives of Family Medicine*, 7(6), 575-582.

HLR-rådet. (2012). *Hjärtstopp på sjukhus-behandling och utbildning. Riktlinjer från Svenska rådet för hjärt-lungräddning*. Hämtad 2014-05-08 från: <http://www.hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/Hj%C3%A4rtstopp%20p%C3%A5%20sjukhus%20rev%202012.pdf>

Holm-Ivarsson, B. (2013). *Motiverande samtal, MI*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 223-253. Lund: Studentlitteratur.

Humphreys, J., Epel, E. S., Cooper, B. A., Lin, J., Blackburn, E. H., & Lee, K. A. (2012). Telomere shortening in formerly abused and never abused women. *Biol Res Nurs*, 14(2), 115- 123. doi: 10.1177/1099800411398479

Häggbloom, A. M., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090.

Johansson, A. (2013). *Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 377-396. Lund: Studentlitteratur.

Joyner, K., & Mash, R. (2012). Recognizing intimate partner violence in primary care: Western Cape, South Africa. *PLoS One*, 7(1), e29540. doi: 10.1371/journal.pone.0029540

Learn Genetics (2014) *Are Telomeres The Key To Aging And Cancer?* Hämtad 2014-04-08 från: <http://learn.genetics.utah.edu/content/chromosomes/telomeres/>

Leppakoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *Int Emerg Nurs*, 19(1), 27-36. doi: 10.1016/j.ienj.2010.02.006

Magnussen, L., Shoultz, J., Richardson, K., Oneha, M. F., Campbell, J. C., Matsunaga, D. S., . . . Arias, C. (2011). Responding to the needs of culturally diverse women who experience intimate partner violence. *Hawaii Med J*, 70(1), 9-15.

McClennan, S., Worster, A., & MacMillan, H. (2008). Caring for victims of intimate partner violence: a survey of Canadian emergency departments. *Cjem*, 10(4), 325-328.

Migrationsinfo. (2013). *Sverige*. Hämtad 2014-05-28 från: <http://migrationsinfo.se/migration/sverige/>

NCK (2010). *Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor*. Hämtad 2014-05-28 från: [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/264/NCK\\_Anamnes\\_ww\\_w\\_kap14\\_Akutsjukvard\\_valdsutsatta.pdf](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/264/NCK_Anamnes_ww_w_kap14_Akutsjukvard_valdsutsatta.pdf)

NCK. (2014). a. *Mäns våld mot kvinnor - ett globalt perspektiv* Hämtad: 14-03-20 från: [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor/Mans\\_vald\\_mot\\_kvinnor\\_amnesguide/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Mans_vald_mot_kvinnor_amnesguide/)

NCK. (2014). b. *Våld i nära relationer*. Hämtad 2014-03-19 från: [http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald\\_i\\_nara\\_relationer/Vald\\_i\\_nara\\_relationer\\_amnesguide/](http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Vald_i_nara_relationer_amnesguide/)

Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588.

Piispa, M., & Heiskanen, M. (2005). Violence against women survey in Finland; Methodology and experiences. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 22(3-4), 255-263.

Regeringen. (2007). *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Hämtad 2014-

03-19 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/21/42/ef0318b1.pdf>

Segersten, K. (2012). a. *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning*. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Sid 111-120. Lund: Studentlitteratur.

Segersten, K. (2012). b. *Att välja ämne och modell för sitt examensarbete*. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Sid 97-100. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-05-08 från:

[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2009). *Socialstyrelsens arbete med våldsutsatta kvinnor och deras barn - Utveckling och prövning av standardiserade bedömningsinstrument. Slutrapport till regeringen 1 december 2009*. Hämtad 2014-05-28 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17829/2009-11-25.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). Blånader och silverhår. *Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor*. Hämtad 2014-05-28 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19315/2014-1-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2013-03-19 från: <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>

Spedding, R. L., McWilliams, M., McNicholl, B. P., & Dearden, C. H. (1999). Markers for domestic violence in women. *J Accid Emerg Med*, 16(6), 400-402.

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17(1), 2-10.

Swenurse. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2014-05-08 från: [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Ternstedt, B-M & Norberg, A., (2010). *Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv*. Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Sid 29-63. Lund: Studentlitteratur.

van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). *Emergency*

nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. doi: 10.1111/jan.12099

Vinthagen, S. (2013). *Kommunikation ur ett maktperspektiv*. Fossum, B (red.). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Sid. 433-447. Lund: Studentlitteratur.

Våld i nära relationer. (2009). *Om våld – vad kostar våldet?* Hämtad 2014-03-19 från: <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/ToppTest/Vad-ar-vald1/Vad-kostar-valdet/>

Våld mot nära (2013). *Våld mot kvinnor*. Hämtad 2014-05-28 från: <http://www.valdmotnara.se/dusomjobbarmedfragan/omvaldinararelationer/valdinararelationer/valdmotkvinnor.4.4f12e2b41399619c73c68a.html>

Wendt E & Enander V (2013). Övergiven eller stöttad. Våldsutsatta kvinnors upplevelser av bemötandet i vården inom hälso- och sjukvården. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV).

WHO. (2013). *Violence against women - Intimate partner and sexual violence against women*. Hämtad 2014-03-19 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Ylikangas, C. (2012). *Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp*. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Sid 265-276. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L., (2012) *Informationssökning*. Friberg, F. (red.) Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Sid 45-70. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

### Litteratursökning

#### PUBMED

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevant a abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-03-10	Domestic violence AND nurs* AND screening	Abstract tillgängligt, fulltext, <10 år, engelska, ålder 19-44 år	35	-	-	-
2014-03-10	Domestic violence AND nurs* AND experience AND screening	Abstract tillgängligt, fulltext, <10 år, engelska, ålder 19-44 år	6	4	4	2 (Joyner & Mash) (Gutmanis et al.)
2014-03-10	Domestic violence AND nurs* AND experience	Abstract tillgängligt, fulltext, <10 år, engelska, ålder 19-44 år	18	5	5	2 (Magnusson et al.) (Humphreys et al.)
2014-03-10	Domestic violence AND caring	Abstract tillgängligt, fulltext, <10 år, engelska, ålder 19-44 år	14	1	1	0
2014-03-10	Domestic violence AND nurs* AND caring	Abstract tillgängligt, fulltext, <10 år, engelska, ålder 19-44 år	3	1	1	0

## CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevant a abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-03-11	Intimate partner violence AND nurse AND experience	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	9	4	4	3 (van der Wath et al.) (Brykczynski et al.) (Coker et al.)
2014-03-11	Intimate partner violence AND nurse AND experience AND screening	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	6	3	3	0
2014-03-11	Intimate partner violence AND nurs* AND care	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	59	-	-	-
2014-03-11	Intimate partner violence AND nurs* AND care AND experience	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	21	5	5	2 (Häggblom & Möller) (van der Wath et al.)
2014-03-12	intimate partner violence AND nurs* AND secondary traumatic stress	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	1	0	-	-



	AND experience					
2014-03-12	intimate partner violence AND nurs* AND secondary traumatic stress	peer reviewed <10 år, på engelska, ålder 19-44	1	0	-	-

## SCOPUS

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevant a abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-03-13	intimate partner violence AND nurs* AND perspective	Artiklar, <10 år inom område nursing	14	2	2	0
2014-03-13	intimate partner violence AND nurs* AND perspective AND care	Artiklar, <10 år inom område nursing	10	2	2	0
2014-03-13	intimate partner violence AND nurs* AND perspective	Artiklar, <10 år inom område nursing, ålder vuxna, på engelska	7	1	1	1 (Leppäkoski et al.)

## Bilaga 2

### Granskningsmall

#### Kvalitativa artiklar

- 1) Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- 2) Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- 3) Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är det i så fall beskrivet?
- 4) Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- 5) Hur är metoden beskriven?
- 6) Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- 7) Hur har data analyserats?
- 8) Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- 9) Vad visar resultatet?
- 10) Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- 11) Vilka argument förs fram?
- 12) Förs det några etiska resonemang?
- 13) Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- 14) Sker en återkoppling till teoretiska antaganden t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

#### Kvantitativa artiklar

- 1) Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- 2) Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- 3) Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är det i så fall beskrivet?
- 4) Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- 5) Hur är metoden beskriven?
- 6) Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- 7) Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- 8) Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- 9) Vad visar resultaten?
- 10) Vilka argument förs fram?
- 11) För det några etiska resonemang?
- 12) Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- 13) Sker en återkoppling till teoretiska antaganden t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

## Bilaga 3

### Artikelmatis

Nr.	Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1	Bryczynski, Karen A., Crane, Patricia Medina, Cindy K. Pedraza, Dora, 2011, USA	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	Studien presenterar specialistsjuksköterskors kliniska erfarenheter av att arbeta med kvinnor utsatta för våld i nära relationer	En kvalitativ studie baserad på intervjuer med 10 specialistsjuksköterskor för att utforska deras sätt att vara med, ge stöd åt samt hjälpa kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Specialistsjuksköterskorna upplevde både utmaningar och framgång i vården av våldsutsatta kvinnor, bland annat vikten av att upptäcka våldet samt utbildning för sjuksköterskor. Grunden i att kunna hjälpa våldsutsatta kvinnor är sjuksköterskans kunskap.
2	Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., Whitaker, D. J., Fadden, M. K., Williams, M. 2007, USA	Partner violence screening in rural health care clinics	Syftet var att beskriva försök att implementera universalscreening, hur vanligt våld i nära relationer är, att undersöka relationen mellan tidigare och nuvarande misshandel samt vilket våld kvinnor klassar som misshandel.	En kvantitativ studie. Kvinnor som sökte vård på deltagande vårdenheter i South Carolina inbjöds att delta i studien. Kvinnorna fick genomgå en screening för våld i nära relationer	3664 kvinnor screenades mellan 2002-2005. Pågående våld i nära relationer ägde rum i 13,3 % av kvinnornas förhållanden, 25,6 % av kvinnorna hade upplevt misshandel under de senaste fem åren och av dessa hade 65,6 % varit med om både psykisk och fysisk misshandel. Att använda screening som ett universalverktyg ansågs genomförbart på klinikerna.
3	Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., MacMillan, H. L. 2007, Kanada	Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses	Studiens syfte var att undersöka läkare och sjuksköterskor attityd gentemot kvinnor utsatta för våld i nära relationer. De ville också ta reda på om sjukvårdspersonalen ställer frågor om misshandel samt om de ser några problem med och vad som skulle kunna underlätta	En kvantitativ studie. Email skickades till 1000 sjuksköterskor och 1000 läkare som var randomiserat utvalda på olika vårdmottagningar (familjemottagningar, gynekologmottagningar, akutmottagningar, förlossning samt vårdcentraler) där de var mest troligt att stöta på kvinnor utsatta för	Studien gav bra insyn i problemet och fann faktorer som kan underlätta för vårdpersonalen vid frågor om våld i hemmet. De problem som gjorde att man undvek att fråga om våld var, bristande förberedelse, speciellt kunskapsmässigt, samt att det inte var rutin att fråga.

			screeningen.	våld.	
4	Humphreys, J., Epel, E. S., Cooper, B. A. Lin, J., Blackburn, E. H., Lee, K. A. 2012, USA	Telomere shortening in formerly abused and never abused women	Syftet var att undersöka telomerernas längd hos kvinnor utsatta för kronisk stress relaterat till våld i nära relationer.	En kvantitativ studie. Undersökningen gjordes på 66 kvinnor som utsatts för våld i nära relationer samt en kontrollgrupp på 46 kvinnor som aldrig utsatts för någon misshandel. Delatagarna kontaktade själva forskningskoordinatorer efter att ha läst om studien i nyhetsmedier. Samtliga genomgick screening samt provtagning.	Telomerernas längd var signifikant kortare hos de tidigare misshandlade kvinnorna jämfört med kontrollgruppen. Även hur lång tid kvinnan levit i ett osunt förhållande samt om de hade barn påverkade telomerernas längd.
5	Häggbloom, A. M., Möller, A. R. 2006, Finland	On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse	Syftet med studien var att utforska hur sjuksköterskor upplever fenomenet våld i nära relationer och vilken roll sjuksköterskan har i vårdandet av utsatta kvinnor.	En kvalitativ studie. Deltagarna i studien valdes ut ändamålsenligt för att få så mycket information som möjligt. Det hölls intervjuer med deltagarna där frågor ställdes om deras erfarenheter.	Resultatet visar att det finns våld mot kvinnor i alla samhällen men på små orter kan det bli problem då sjuksköterskan kan känna vårdtagarna. Vikten av hängivna sjuksköterskor och deras betydande roll i vården av de utsatta kvinnorna. Dessvärre måste bristen av kunskap i dessa situationer kompenseras med personlig mognad och en ökad trygghet hos vårdgivarna.
6	Joyner, K. Mash, R. 2012, Sydafrika	Recognizing intimate partner violence in primary care: Western Cape, South Africa	Studien syftar till att utvärdera vad kvinnor utsatta för våld i nära relationer söker vård för på vårdcentral, hur ofta vårdpersonalen upptäcker våldsutsatta kvinnor samt vilka diagnoser kvinnorna får.	En kvalitativ studie. 5 vårdcentraler ingick i studien. Personalen fick utbildning i screening för våld i nära relationer och screenade kvinnor under 8 veckor. Tre fokusgruppsintervjuer hölls där	Vårdpersonalen på vårdcentraler i Sydafrika är över lag dåliga på att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Studien ger användbar information om vad kvinnorna söker för då de blivit utsatta för våld i nära relationer så som huvudvärk, sömnproblem, trötthet, oro samt det vanligaste som var depression.

				vårdpersonalen delade sina erfarenheter av screening.	
7	Leppakoski, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. 2011, Finland	Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective	Studiens syfte var att beskriva utvecklingen av våld i nära relationer samt vilka hälsokonsekvenser det innebär för kvinnor. Kvinnornas erfarenheter av bemötandet på akutmottagningar undersöktes.	En kvantitativ och kvalitativ studie. 35 kvinnor som sökt akut hjälp efter på akutmottagning efter att ha utsatts för våld i nära relationer ingick i studien. Samtliga kvinnor fick fylla i frågeformulär varav 7 sedan deltog i intervjuer.	94 % av kvinnorna hade upplevt våld i nära relationer någon gång i livet varav 97 % hade upplevt både fysisk och psykisk misshandel. 33 % hade sökt sjukvård för sina skador. 63 % upplevde aktuella skador och symtom från misshandel. 66 % medgav att de blivit tillfrågade om misshandel på akutmottagningen. Dock ansåg 60 % att de inte fått hjälp med att skapa någon form av säkerhetsplan för framtiden. 49 % ansåg att de inte fått möjlighet att få specialiserad hjälp (av ex socialtjänst). 29 % hade inte fått någon hjälp av sjukvårdspersonalen kring våld i nära relationer.
8	Magnussen, L., Shoultz, J., Richardson, K., Oneha, M. F., Campbell, J. C., Matsunaga, D. S., Selifis, S. M., Sapolu, M., Samifua, M., Manzano, H., Spencer, C., Arias, C. 2011, USA (Hawaii)	Responding to the Needs of Culturally Diverse Women Who Experience Intimate Partner Violence	Studiens syfte är att undersöka hur personer ur fyra olika kulturer på Hawaii uppfattar, reagerar på samt vilka behov de har gällande våld i nära relationer. Vilka olikheter alternativt likheter finns det mellan de olika grupperna samt att presentera åtgärder baserade på vad som framkom.	En kvalitativ och kvantitativ studie. Kvinnor som utsatts för våld i nära relationer intervjuades. Forskarna använde sig också av fokusgrupper med kvinnor från samma kultur.	Resultatet visar att det är av stor vikt att ha insikt i och förståelse för behoven hos kvinnorna i de olika kulturella grupperna för att kunna skapa handlingsätt för ingripande. Det visade sig finnas många unika kulturella aspekter men det fanns några likheter mellan grupperna. Efter intervjuerna kunde 5 teman utläsas; Att bo i kollektiv, kulturella skyddsfaktorer, kulturella hinder för att söka hjälp, könsspecifika roller samt att tillhör en plats.
9	Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., Sidenvall, B. 2001, Sverige	Women's attitudes to being asked about exposure to violence	Studien ämnar ta reda på kvinnors inställning till att bli tillfrågade om våld i nära relationer vid besök hos sin barnmorska i samband med graviditet.	En kvalitativ studie. 879 kvinnor genomgick en screening för våld i nära relationer under samt efter graviditet. Vid det sista tillfället fick de svara på hur de upplevt	80 % accepterade frågorna, 17 % ansåg att frågorna var både acceptabla och oacceptabla och endast 3 % accepterade inte frågorna. Det var ingen signifikant skillnad i svaren beroende på om kvinnorna varit utsatta för misshandel eller inte.

				att bli tillfrågade angående våld.	
10	van der Wath, Annatjie, van Wyk, Neltjie, van Rensburg, Elsie. 2013, Sydafrika	Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence	Studien syftar till att redovisa hur sjuksköterskor på akutmottagningar upplever av att vårda kvinnor som upplevt våld i nära relationer.	En kvalitativ studie. Intervjuer hölls med 11 sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningarna på två av de offentliga sjukhusen i landet. Den information som ansågs väsentlig analyserades för att finna de uppgifter som behandlade hur det var att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer	Sjuksköterskorna i Sydafrika bevittnar ofta kvinnor som utsatts för både fysiskt och psykiskvåld. Sjuksköterskor är väldigt utsatta i mötet med dessa patienter och det är vanligt att upplevs en känsla av hjälplöshet och stress. För att kunna undvika detta bör riktlinjer utformas som kan användas som ett hjälpmedel och stöd i dessa situationer.